

Cartão Proposta - Com Declaração de Saúde (DS)



Carteira (selecione uma das opções) | **Tipo de Inclusão**

| | PME (de 3 a 29 vidas) | | Apenas Titular

| | PME Mais (de 30 a 99 vidas) | | Apenas Dependente

| | Adesão | | Titular + Dependente

| | Individual

Importante

- Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora.
- Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver penúltima página).

		Cód. da Empresa		Proposta/Certificado nº		
Estipulante				Número Apólice		
				Desdobramento D.V.		
Dados Cadastrais do Proponente Titular						
Código de Identificação(*)		DF(*)	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor
Nome do Plano				Plano (*)	Identificação Funcional	
Data Admissão na Empresa / /		Data Início Vigência / /		Sujeita à Carência (*) Sim Não		Carência (*)
Dados Pessoais do Proponente Titular						
Dep. 01	Nome Completo do Titular				Data Nascimento / /	
Sexo	Estado Civil		Permanência (*)	Agrupamento de CI(*)	Grau Parentesco	Situação Plano (*)
Feminino	Casado	Divorciado				
Masculino	Solteiro	Viúvo	Outros			
Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emis. Cart. Identidade	Nacionalidade
CPF		D.V. PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS		Título de Eleitor	
Nome da Mãe						
(DDD) Telefone Residencial		(DDD) Telefone Comercial		(DDD) Celular		
e-mail			Grau de Escolaridade	Renda Familiar Mensal	Profissão	
Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).						
Nome do Plano de Origem		Contrato de Origem Nº.		Vigência do Plano de Origem De / / Até / /		
Dados Bancários do Titular						
Banco	Agência	Conta Corrente		CPF do titular da Conta Conjunta D.V.		
Nome do Responsável da Conta Conjunta						
Endereço Residencial do Titular						
Número		Complemento		Bairro		
Município			UF	CEP		

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco		Situação Plano (*)			Carência (*)	
F M												
Data do Evento			Data Início Vigência			Sujeita à Carência (*)			Carência (*)		Profissão	
/ /			/ /			Sim Não						
Carteira de Identidade			Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade		
CPF			D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					
Declaração de Nascido Vivo - DNV					Título de Eleitor							
Nome da Mãe												

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem				Contrato de Origem Nº.				Vigência do Plano de Origem			
								De / /		Até / /	

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco		Situação Plano (*)			Carência (*)	
F M												
Data do Evento			Data Início Vigência			Sujeita à Carência (*)			Carência (*)		Profissão	
/ /			/ /			Sim Não						
Carteira de Identidade			Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade		
CPF			D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					
Declaração de Nascido Vivo - DNV					Título de Eleitor							
Nome da Mãe												

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem				Contrato de Origem Nº.				Vigência do Plano de Origem			
								De / /		Até / /	

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco		Situação Plano (*)			Carência (*)	
F M												
Data do Evento			Data Início Vigência			Sujeita à Carência (*)			Carência (*)		Profissão	
/ /			/ /			Sim Não						
Carteira de Identidade			Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade		
CPF			D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					
Declaração de Nascido Vivo - DNV					Título de Eleitor							
Nome da Mãe												

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem				Contrato de Origem Nº.				Vigência do Plano de Origem			
								De / /		Até / /	

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E / OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO.

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. *) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/ OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - **Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou Consulte a página da ANS – www.ans.gov.br - **Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Declaração de Saúde

Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho, independente do auxílio do Médico Orientador, por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelos seus dependentes, e que todos leram e estão cientes do conteúdo da cláusula “Doenças e Lesões Preexistentes”, conforme descrito nas condições gerais do contrato de seguro saúde. Não serão aceitas Declarações com rasuras.

Item **Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:**

Item	Titular	“S” = SIM ou “N” = NÃO Dependentes		
		01	02	03
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?			
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorróidas, entre outras)?			
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?			
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?			
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?			
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?			
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?			
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?			
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?			
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?			
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?			
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias ?			
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?			
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?			
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?			
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?			
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?			
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?			
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?			
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?			
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?			
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?			
23	Obesidade mórbida?			
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?			
25	Alguma internação?			
26	Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.			

Unidade de Medida	Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03
Peso (Kg)				
Altura (m)				

* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m² ou superior a 35Kg/m² e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: $IMC = \text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$.

Tit./Dep.	Cobertura Parcial Temporária (Prazos)
Titular	
Dep. 01	
Dep. 02	
Dep. 03	

Declaração de Doença ou Lesão Preexistente

Havendo a informação de doença ou lesão preexistente por parte do Beneficiário, esta Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária – CPT, a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

Da Responsabilidade do Beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o Beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação desta Operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Definição de CPT

Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Definição de Agravo:

Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

A SulAmérica se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro da Resolução Normativa n.º 162/07.

Quadro Descritivo

Item	Cód. Titular/ Depend.	Data Evento	Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica e o código do dependente). Se dispuser de relatório médico, exames ou laudo de exames ou cirurgias a respeito da doença referida, junte à esta Declaração.	Uso da Seguradora CID-10

Médico Orientador: No preenchimento dessa declaração, o Beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado por esta Operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

Se optar por um Médico Orientador não referenciado, estou ciente de que a despesa será de minha responsabilidade e sem direito a reembolso. Fui orientado por: Médico referenciado Médico particular Optei por não utilizar auxílio do Médico Orientador para preenchimento desta Declaração.

Nome do Médico	Código do Médico

Médico Orientador

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

CRM e Assinatura Sob Carimbo do Médico

Legendas

Dep	Abrangência Geográfica		
01 - Titular	Conforme Proposta de Seguro		
03 - Companheiro(a)			
02 - Cônjuge			
10 - Em diante - Demais Dependentes.			
Grau de Escolaridade	Grau Parentesco	Renda Familiar Mensal	
01 - Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau)	1 - Cônjuge	01 - Até R\$ 1.000,00	
02 - Superior Incompleto	2 - Filho (a)	02 - De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00	
03 - Superior Completo	3 - Pais	03 - De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00	
04 - Pós-Graduação	4 - Companheiro (a)	04 - De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00	
05 - Mestrado	5 - Outros	05 - De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00	
06 - Doutorado	6 - Enteadado (a)	06 - Mais de R\$ 12.000,00	
07 - Pós-Doutorado			

Profissões

01 - Aposentado/Pensionista	18 - Administrador	35 - Geógrafo/Geólogo
02 - Servidor/Empregado Público	19 - Economista	36 - Matemático/Estatístico/Atuário
03 - Espólio	20 - Profissionais de Marketing/Publicitários	37 - Técnico de Contabilidade/Estatística
04 - Estudante	21 - Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social	38 - Desenhista/Técnico de Ciências Exatas
05 - Empresários/Proprietários de estabelecimento	22 - Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo	39 - Escultor/Pintor/Decorador e afins
06 - Médico	23 - Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas	40 - Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins
07 - Odontólogo	24 - Professor/trabalhador ligado ao ensino	41 - Atleta/Instrutor/Preparador/afins
08 - Psicólogo/Pedagogo	25 - Securitário	42 - Militar ativa/reserva e Polícias
09 - Biólogo/Biomédico	26 - Bancário	43 - Motorista
10 - Farmacêutico	27 - Corretor de Imóveis/seguros/títulos/valores	44 - Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins
11 - Veterinário/ Zootecnista	28 - Agente de Viagem/Guia de Turismo	45 - Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações
12 - Fonoaudiólogo	29 - Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	46 - Trabalhador da construção civil/metalúrgicos
13 - Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional	30 - Arquiteto	47 - Trabalhador rural
14 - Enfermeiro/ Nutricionista	31 - Engenheiro/Agrônomo	48 - Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins
15 - Técnico em Ciências Biológicas	32 - Profissionais de Informática	49 - Hotelaria/Garçom/afins
16 - Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia	33 - Contador/Auditor/afins	50 - Outros
17 - Advogado	34 - Químico/Físico/Astrônomo/ afins	

Órgão Emissor

01 - Carteira de Identidade Classista	09 - Cons. Reg. Prof.Relações Públicas	19 - Cons. Regional Repres.Comerciais
02 - Cons. Reg. Corretores Imóveis	10 - Cons. Regional de Administração	20 - Documentos Estrangeiros
03 - Cons. Reg. de Assistentes Sociais	11 - Cons. Regional de Estatística	21 - Ministério da Aeronáutica
04 - Cons. Reg. de Biblioteconomia	12 - Cons. Regional de Farmácia	22 - Ministério da Marinha
05 - Cons. Reg. de Contabilidade	13 - Cons. Regional de Medicina	23 - Ministério do Exército
06 - Cons. Reg. Enfermagem	14 - Cons. Regional de Nutrição	24 - Ordem dos Advogados Do Brasil
07 - Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia	15 - Cons. Regional de Odontologia	25 - Ordem dos Musicos Do Brasil
08 - Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional	16 - Cons. Regional de Psicologia	26 - Outros Emissores
	17 - Cons. Regional de Química	27 - Polícia Federal
	18 - Cons. Regional Med. Veterinária	28 - SSP - Secretaria de Segurança Pública

Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro Saúde e /ou Seguro Odontológico do Estipulante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro, que encontram-se em poder do Estipulante.

Declaro ainda que tenho ciência do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: “Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de planos de saúde, outras organizações e pessoas à fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora constante deste Cartão Proposta.

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado neste cartão proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro Saúde, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro, Condições Gerais, Condições Particulares e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro Saúde, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos
Local e Data	Assinatura do Estipulante sob carimbo